Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 40 — 16 Mai 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
ris et Départements. . . . . 7 fr.
ranger. . . . . 10 fr.
es abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
EORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

CCIDENTS POST-ANESTHÉSIQUES, par M. ANGELESCO 233

ANALYSES

Bactériologie : De l'excrétion du bacille du charbon par la sueur, par M. KRIKLIVY 234
Médecine : Endocardite et pyohémie à colibacilles, par MM. F. HITSCHMANN et E. MICHEL. — Des rapports entre le diabète sucré et l'épilepsie, par M. W. EBSTEIN. 234
Obstétrique et Gynécologie : Les lésions inflammatoires du muscle utérin, par M. A. PILLIET. — Sur les modifications du poids des femmes en couches, par M. HEIL 234
Maladies des enfants : Le phosphore dans la céphalalgie des enfants, par M. HARTCAP. — Note sur le traitement de la coqueluche et en particulier sur l'emploi du bromoforme, par M. MARFAN. — Un point de la technique de l'intubation, par M. J. TRUMPP 235
Rhinologie, Otologie, Laryngologie : Sur la sérothérapie dans l'ozène, par M. GRADENIGO. — Le traitement des rétrécissements du larynx et de la trachée à l'aide de canules de verre, par M. WERNER KUMMEL. — Contribution à l'étude de l'anatomie comparée de la trompe d'Eustache, par M. ZUCKERKANDL. — Nouveau mode d'administration du bromure d'éthyle en otorhinologie, par M. TEXIER 235
Thérapeutique et Matière médicale : Traitement du tétanos traumatique par des injections hypodermiques d'acide phénique (méthode de Baccelli), par M. SBRANA. — Salophène dans l'ischialgie, par M. LUIGI CAPELLARI. — De l'action topique du salacétol, par M. FELICE OTTOLENGHI. — De l'antisepsie intestinale, par M. CASCIANI . 236
Médecine publique et hygiène : Étude critique sur la purification des eaux résiduelles, principalement par l'emploi de la tourbe, par M. FRANCK G. 236

Le centenaire de la vaccine, par M. P. LANGLOIS. CXCVIII

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Lithiase de la vésicule biliaire, M. SCHWARTZ. M. GÉRARD-MARCHANT. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules entéro-vaginales, M. CHAPUT. — Sarcome cérébral. Ablation. Guérison, M. BROCA. — Élongation du plexus brachial, M. DELORME. — Filariose : varices des lymphatiques inguinaux, M. ROBERT. M. TILLAUX. — Injection de sérum dans les veines, M. LEJARS. — Ostéotomie des deux os de la jambe, M. ROCHARD CXCIX
Société médicale des hôpitaux : Lupus éléphantiasique de l'avant-bras consécutif à une tuberculose des os de la main compliqué d'érysipèle récidivant, M. THIBIERGE. — Stéthographie bilatérale, MM. GILBERT et ROGER. CCI
Société anatomique : Hydronéphrose, M. LAPOINTE. — Luxation congénitale du nerf cubital, M. COLLENTE. — Tumeur de la dure-mère, M. LAUNAY CCI
Société de médecine légale CCII
Société française d'otologie, rhinologie et laryngologie : La perforation artificielle permanente du tympan dans le cas d'otite moyenne, M. MIOT. M. BOUCHERON. — Erysipèles de la face à répétition. Pathogénie et traitement, M. H. LAVRAND. — Mutité chez des entendants, M. LAVRAND. — Note sur l'emploi de la gaze à la chinoline naphtolée dans le pansement des otites purulentes, M. HAMON DU FOUGERAY. — Vertige auriculaire et spasme du muscle tenseur, M. LACOARRET. — Pseudo-hypertrophie post-diphtérique des amygdales, M. LACOARRET. — Kystes suppurés du nez, M. JONCHERAY CCII
Société française d'ophtalmologie : Loi pour la prévention de la cécité résultant de l'ophtalmie des nouveau-nés, M. LUCIEN HOWE. MM. ABADIE, TERSON, GORECKI, CHIBRET, PARINAUD. — Le pronostic de la tuberculose oculaire, M. L. DE WECKER. MM. TERSON, PARINAUD, JOCQS, MOTAIS, SULZER, DE WECKER. — Rapport de géographie ophtalmologique sur le trachome, M. CHIBRET. MM. PECHDO, GORECKI, GALEZOWSKI, TRUC, SULZER, DE GOUVÉA, ABADIE, JAVAL, CHIBRET. — Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie. Résultats éloignés, MM. TRUC et VILLARD. — Lipome plat, diffus et symétrique des paupières, M. ANTONELLI. — Cataractes traumatiques, M. A. PUECH. — Gommes du corps ciliaire, M. A. TERSON. — Kératite à répétition par dacro-adénite infectieuse, M. SAUVINEAU. — Contribution à l'étude des affections métastatiques de l'œil d'origine non microbienne, M. LAGRANGE. MM. KALT, LOUIS DOR, DESPAGNET, MORAX, DJANOUX, TERSON, PUECH, DOR, A. TERSON, JOCQS, LAGRANGE. — Troubles oculaires dans un cas d'épithélioma du sinus sphénoïdal, M. V. MORAX. M. JOCQS. — Quelques résultats de l'ophthalmométrie clinique, M. SULZER. — Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'ectropion non cicatriciel, M. JOCQS. MM. KALT, PARINAUD, TERSON, FAGE. — Du traitement du décollement rétinien, M. H. DOR. MM. DE WERCKER, VACHER, TERSON, CHIBRET, MARTIN, PARINAUD, DOR, ROTTEMAND. CCII

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie CCIV

LE CENTENAIRE DE LA VACCINE

Il y a eu cent ans, le 14 mai, que Jenner fit la première démonstration publique de la vaccination de bras à bras. Certes, avant Jenner, un certain nombre d'observateurs avaient été amenés à constater l'immunité résultant de la transmission du cow-pox à l'homme. En 1768, Sutton et Fewsler avaient vainement essayé d'inoculer la variole, à des personnes qui avaient contracté le cow-pox auprès de leur vache. Munch, en 1772, signale également cette immunité en Allemagne. Il n'en est pas moins vrai que c'est au génie observateur de Jenner que nous devons la précieuse découverte de la vaccination préventive contre la variole.

Nous n'avons pas ici la prétention de faire l'historique de la découverte de Jenner; mais, sautant au contraire l'histoire de tout un siècle, il nous a paru intéressant de constater la situation actuelle, au point de vue des applications de la vaccination.

La vaccination est devenue obligatoire dans presque tous les pays européens, sauf peut-être en Suisse, où, par suite de l'indépendance législative des cantons souverains, nous trouvons quelques-uns de ces Etats (Uri, Glaris, Genève) qui n'ont pas voulu rendre obligatoire la vaccination.

La revaccination obligatoire est moins souvent inscrite dans les lois sanitaires, et, sauf en Allemagne, au moins jusque dans ces dernières années, c'était uniquement par des moyens détournés que l'on arrivait à pratiquer les revaccinations : enseignement primaire obligatoire, service militaire obligatoire, etc., enfants et soldats étaient revaccinés aux différents âges.

Les résultats obtenus en Allemagne sont des plus démonstratifs. Si l'on consulte une carte épidémiologique de l'empire allemand, on voit que les taches noires, indiquant les épidémies varioliques, sont toutes localisées à la frontière; les régions du centre, mieux protégées contre la contagion extérieure, restant indemnes.

En France même, les résultats obtenus sont des plus probants. Grâce à son système de vaccination à domicile, système dont le fonctionnement est unique au monde, Paris, avec ses 2.550.000 habitants, n'a que dix-sept décès varioliques en 1895, alors que les 500,000 habitants de Marseille, ville où la municipalité actuelle professe pour l'hygiène un mépris *radical*, a eu jusqu'à 130 décès de variole par mois.

Aux Indes Anglaises, il se produit, d'après la *Sanitary Record*, un fait curieux : la population des districts ouest était ravagée par la variole; des mesures énergiques furent prises par le Gouvernement local, la population fut vaccinée en masse, et aujourd'hui, la mortalité variolique, et par suite, la mortalité générale a diminué dans de telles proportions, que ce même gouvernement local s'inquiète actuellement de l'accroissement de la population indigène. Les décès par variole suffisant jusqu'ici à atténuer les effets d'une natalité exubérante.

Si l'autorité anglaise peut obtenir ces brillants résultats sur les populations soumises à sa domination, elle est malheureusement moins bien armée sur le sol même de la Grande-Bretagne.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

VICHY-CÉLESTINS
Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies, l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes.

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

Phospho-Glyco- *Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

HAMAMELIDINE LOGEAIS

ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE

BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

C'est dans le pays même qui a vu naître Jenner que se rencontrent les anti-vaccinateurs les plus nombreux et les plus militants.

La lutte entre les hygiénistes du Local Government Board et les ligues anti-vivisectionistes est des plus vives, et, par suite des mauvaises dispositions prises dans le *Vaccination's Act* de 1874, la loi est souvent méconnue. Les vaccinations et les revaccinations sont, en effet, placées sous le contrôle des *Local Board of Guardians*, correspondant, à peu près, à nos administrateurs des bureaux d'assistance publique et jouissant vis-à-vis de l'administration centrale d'une grande autonomie. Il arrivé donc que dans les villes où les antivaccinateurs forment, sinon la majorité, au moins une minorité active, l'application de la loi sanitaire reste à l'état de lettre morte. Il y a quinze jours à peine, le président du Local Government Board, M. Chaplon, répondant à une interpellation à la Chambre des communes, tout en déniant aux Guardians le droit de suspendre les effets de la loi, se reconnaissait impuissant à en assurer la stricte exécution, et réclamait une transformation de l'*Act* de 1874.

L'épidémie de variole, qui vient de ravager Gloucester (précisément le chef-lieu du canton où Jenner put étudier, en 1798, une épidémie de cow-pox), paraît avoir vivement impressionné les autorités anglaises. Les premiers cas furent signalés à la fin de Février et, au mois d'Avril, les cas de morts dépassaient deux cents; parmi les survivants, on signalait de nombreux cas de cécité consécutive.

L'incurie ou le mauvais vouloir des Guardians a été mis ici nettement en lumière par les commissaires sanitaires, MM. Parsons et Conplant. Sur 90 décès à l'hôpital, 74 portèrent sur des non-vaccinés, 16 sur des vaccinés, mais non-revaccinés.

La démonstration de l'utilité de la vaccine est une fois encore faite avec éclat, mais ces résultats, proclamés officiellement, réussiront-ils à vaincre les résistances dernières, plus facilement que les huit jours de *hard labour*, donnés par les juges de Londres, aux parents refusant pour la troisième fois de faire vacciner leurs enfants.

Quoi qu'il en soit, l'Angleterre, dans cette lutte si vive, paraît oublier de célébrer le centenaire de la vaccine, et c'est en Russie que cet anniversaire sera célébré avec le plus grand éclat, peut être aussi au Japon, qui vient de décréter la revaccination obligatoire. La Société russe d'hygiène a organisé un congrès international, sous la présidence du grand-duc Paul Alexandrowitch et voté des prix pour les meilleurs travaux envoyés sur l'histoire, la pathologie, l'étiologie, la statistique de la vaccination. Elle publiera, en outre, à cette occasion, une édition russe de l'œuvre de Jenner.

L'Allemagne également veut fêter ce centenaire; une séance solennelle réunira au *Rathaus* de Berlin, les autorités sanitaires non seulement de l'empire, mais aussi de l'étranger. M. Gerhardt a, en outre, organisé une exposition des plus complètes de tous les objets, documents, etc., qui de près ou de loin, touchent à l'œuvre de Jenner : entre autres, une collection de 83 médailles frappées en l'honneur de Jenner.

P. Langlois.
Chef du Laboratoire de physiologie à la Faculté de Médecine.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — Ont obtenu :

Séance du 14 Mai.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Florand	29 — 85	Souques	27 — 82
Jeanselme	30 — 86		

Le concours s'est terminé par les nominations de MM. Jeanselme, Florand et Jacquet.

Les candidats inscrits pour le 2e concours qui doit s'ouvrir le 22 Mai sont : MM. Achalme, Auscher, Aviragnet, Baudoin, Beaumé, Belin, Berbez, J. Besançon, F. Bezançon, Boix, Boulloche, Brodier, Bruhl, Capitan, Caussade, Charrier, Claisse, Coffin, Courtois-Suffit, de Gennes, de Grandmaison, de Saint-Germain, Deschamps, Dubief, du Pasquier, Dupré, Dutil, Enriquez, Ettlinger, Gallois, Gouget, Hallion, Hudelo, Hulot, A. Laffitte, Lamy, Legry, Le Noir, Leredde, Lesage, Létienne, G.-C. Lion, Londe, G.-R. Lyon, Macaigne, Méry, Michel, Mosny, Nageotte, Papillon, Parmentier, Phulpin, Pignol, Pilliet, Plicque, Potier, Regnier, Renault, Rénon, Sallard, Sottas, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Thérèse, Thiercelin, Thiroloix, Tissier, Triboulet, Veillon.

Le jury est provisoirement composé de MM. Netter, Empis, Brault, Faisans, Bucquoy, Gérin-Rose, Danlos, Félizet.

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — Le concours s'est terminé par les nominations de MM. Lyot et Arrou.

Concours des Hôpitaux (Accouchements). — Ont obtenu :

Séance du 13 Mai.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Basset	18 — 32	Tissier	19 — 38

Séance du 15 Mai.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Dubrisay	14 — 27	Chavanne	14 — 29

Hôtel-Dieu (Annexe). — M. G. Lepage : tous les mercredis (à partir d'aujourd'hui 13 Mai), à 5 h. 1/2, conférence de clinique obstétricale.

Tous les matins, à 9 heures, visite dans les salles.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Auguste Voisin : tous les jeudis, à 10 heures (section Rambuteau), leçon sur les maladies mentales et nerveuses.

NOUVELLES

MORT DU PROFESSEUR GERMAIN SÉE

Le 12 Mai vient de s'éteindre M. Germain Sée, une des intelligences les plus ouvertes, une des volontés les plus fermes, une des activités les plus grandes, une des physionomies les plus curieuses de la génération qui florissait il y a vingt ans dans l'enseignement et la pratique de la médecine parisienne.

Né en Alsace en 1818; médecin des hôpitaux en 1853; professeur de thérapeutique (en remplacement de Trousseau) en 1867, sans avoir passé par l'agrégation, professeur de clinique médicale à la Charité en 1868; membre de l'Académie de médecine en 1869 à la mort de Grisolle; Germain Sée meurt à soixante-dix-huit ans, titulaire de la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu qu'il occupait depuis 1876.

Les obsèques auront lieu dimanche prochain 17 Mai, à dix heures du matin, 53, avenue Montaigne.

Concours pour l'Internat de l'Hôpital-Hospice de Versailles. — Le 10 Juin 1896, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de cinq internes en médecine.

Par autorisation de M. le Recteur de l'Académie de Paris, les élèves de troisième et de quatrième années, d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de Médecine.

Tout aspirant doit justifier qu'il possède au moins quatre inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Hôpital-Hospice; le registre d'inscriptions sera clos le vendredi 5 Juin 1896.

Société de chirurgie. Séance du 20 Mai 1896. — *Ordre du jour* : Suite de la discussion sur la lithiase de la vésicule biliaire. — Rapport sur un cas de cholédochotomie, par M. Lejars. Rapport par M. Michaux.

Communications : M. Malapert (de Poitiers). Lipome congénital du mollet. — M. Jullien, de l'ulcère blennorrhagique et de ses complications.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

13 Mai 1896.

Lithiase de la vésicule biliaire. — **M. Schwartz.** Relativement au diagnostic de la lithiase de la vésicule biliaire, je relaterai brièvement deux observations. Dans l'une, la tumeur, perçue dans l'hypochondre droit, en imposa pour un rein flottant compliqué d'hydronéphrose; l'incision lombaire me démontra l'intégrité du rein, et, dans une séance ultérieure, je pratiquai la laparotomie : la vésicule contenait plus d'un litre de pus et un gros calcul. Malheureusement, du pus s'écoula dans le péritoine pendant l'intervention et l'opérée succomba à l'infection péritonéale. Comme opération, j'avais pratiqué la cholécystostomie.

Chez une autre malade, le diagnostic fut également délicat, et je trouvai une tumeur vésiculaire adhérente au rein, qui était lui-même mobile. Dans une même séance, je fis la néphrorrhaphie lombaire et la laparotomie qui me permit d'enlever une vésicule de 12 centimètres contenant six calculs et bien pédiculée.

L'opération fut rapide, mais la malade, qui était âgée de cinquante-sept ans, succomba en quarante-huit heures.

Potain a déjà insisté sur la difficulté du diagnostic, dans certains cas, entre le rein mobile et les tumeurs vésiculaires. De même Roux et Morris.

En outre, j'ai fait 3 cholécystectomies avec 3 guérisons et 1 cholécystostomie avec une guérison. Quant à l'indication de ces deux opérations, je dirai que la cholécystectomie est l'opération de choix chez les sujets robustes dont le foie est sain, quand il n'y a ni calcul profond, ni infection biliaire, ni trop grandes adhérences. La cholécystostomie sera, au contraire, préférable, si le malade est âgé, s'il y a de trop grandes adhérences, ou s'il y a de l'infection biliaire ou des calculs profonds.

M. Gérard-Marchant. Je suis intervenu trois fois pour des accidents dus à la lithiase de la vésicule biliaire.

Ma première malade est une femme que j'opérai en 1892, et qui souffrait de douleurs dans l'hypochondre droit et de troubles digestifs; elle n'avait ni ictère, ni coliques hépatiques. L'examen faisait reconnaître une tumeur, que je pensai être, soit une vésicule biliaire distendue, soit un kyste hydatique. J'opérai, je fis une cholécystectomie, refermai le ventre et guéris complètement ma malade.

Ma seconde opérée présente une histoire clinique semblable à la précédente; elle n'avait ni ictère, ni colique hépatique. Je pratiquai la cholécystectomie, et refermai le ventre. La malade guérit également.

Enfin, ma troisième opérée est une femme de quarante-neuf ans qui n'avait eu ni colique, ni ictère. L'examen faisait reconnaître une tumeur grosse comme une orange, située sous le foie, qui était un peu irrégulier. Divers symptômes fonctionnels me firent songer à la possibilité d'un épithélioma. J'opérai et trouvai, outre la vésicule dilatée, un segment du foie atteint de néoplasme. J'enlevai la vésicule et réséquai la portion du foie malade. La guérison opératoire survint, mais la mort arriva néanmoins par cachexie cancéreuse, trois mois après.

Au point de vue clinique, je veux insister sur l'absence d'ictère et de coliques hépatiques chez nos trois malades. Il ne faut pas s'attendre à rencontrer ce double signe chez les malades atteints de lithiase vésiculaire, comme on pourrait le croire d'après les descriptions classiques.

Relativement à l'intervention, je pense que la cholécystectomie est l'opération de choix; il est, d'ailleurs, facile de libérer la vésicule, si l'on n'empiète pas trop sur le foie. Enfin, on drainera si l'on n'est pas assuré de de l'oblitération complète du canal cystique par le fil constricteur.

Traitement de l'anus contre nature et des fistules entéro-vaginales. — **M. Chaput.** J'ai soigné récemment et guéri deux cas intéressants d'anus contre nature.

Dans l'un, j'ai employé un vieux procédé à peu près abandonné, la cautérisation; dans l'autre, au contraire, j'ai utilisé un procédé, non encore entré dans la pratique, l'entéro-anastomose avec ligature à la gaze iodoformée.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'une malade qui avait subi, en novembre 1894, une hystérectomie vaginale avec pinces à demeure. Ces pinces restèrent en place quarante-huit heures. Le troisième jour, en procédant au pansement, on aperçut au fond du vagin une éponge oubliée. Cette éponge fut enlevée avec une pince érigne, et, aussitôt, on vit s'écouler dans le vagin des matières stercorales mélangées de gaz.

Je laisse de côté la question de savoir si l'intestin a été blessé par la pince érigne, ou perforé par le contact de l'éponge.

Quoi qu'il en soit, je tiens à spécifier ceci, que la fistule ne siégeait ni sur le rectum, ni sur l'S iliaque, mais au contraire, sur un point très élevé de l'intestin grêle, puisque le liquide qui s'en échappait était constitué par de la bile presque pure.

En Janvier 1895, on fit un double débridement de la vulve suivi d'avivement et de suture de la fistule. Cette tentative échoua complètement.

On fit alors, pendant deux mois, des avivements de la fistule au thermo-cautère, répétés deux ou trois fois par semaine; mais ces tentatives échouèrent également.

Je vis la malade avec M. Bernard, en Mars 1895, la fistule siégeait sur la ligne médiane, à 8 centimètres de la vulve environ, elle était linéaire, mesurait 6 à 8 millimètres; elle était bordée de muqueuse intestinale.

Pour la mettre en évidence, il fallait déplisser le vagin; on apercevait alors la fistule au centre d'un entonnoir vaginal bourgeonnant. L'exploration de la fistule, avec une grande pince courbe, montra l'absence d'éperon. Un crochet à strabisme, introduit dans son trajet, nous apprit que ce trajet mesurait à peine 2 ou 3 millimètres.

Je conseillai à M. Bernard de faire, deux fois par semaine, des attouchements de l'orifice fistuleux et de l'entonnoir circonvoisin, avec une baguette de verre trempée dans l'acide nitrique et soigneusement égouttée, et de bourrer ensuite le vagin à la gaze iodoformée.

Ce traitement fut fidèlement suivi; au bout de quinze jours, la fistule était déjà notablement rétrécie, et six semaines après, elle était complètement oblitérée.

Nous pouvons nous demander pourquoi cette fistule ne guérissait pas spontanément, pourquoi elle a résisté à l'avivement et aux cautérisations au thermo-cautère, pourquoi notre traitement a réussi et pourquoi nous l'avions choisi de préférence aux autres méthodes opératoires.

La fistule ne guérissait pas spontanément, parce que l'orifice était bordé de muqueuse, et parce que son trajet était très court. En pareil cas, les lèvres de l'orifice ne sont pas en regard et ne peuvent se souder. D'autre part, l'entonnoir vaginal bourgeonnant ne se cicatrisait pas, parce qu'il était constamment infecté par les matières, et parce que la paroi vaginale est très mobile sous l'influence de la respiration, des efforts de la toux, de la miction, de la défécation et des contractions intestinales; ces mouvements incessants détruisent constamment le travail de cicatrisation.

1. Le *Public Health* remarque avec amertume qu'une seule société anglaise se réunira à l'occasion du centenaire de la vaccination. Et c'est la *Society for the abolition of compulsory vaccination!* Une société d'anti-vaccinateurs!

L'avivement pratiqué en Janvier 1895 a échoué, en raison la profondeur de la région et de la difficulté d'y manœuvrer à l'aise. On sait que, pour guérir à coup sûr ne fistule intestinale, il faut disséquer largement l'intestin, le séparer de la paroi à laquelle il adhère, et rmer, par des sutures distinctes, l'intestin d'une part, la paroi abdominale d'autre part. Il est infiniment probable que ce programme n'a pas été réalisé, car, en ars 1895, je l'ai jugé d'exécution impossible; sans cela, aurais tenté cette opération.

Les cautérisations à l'acide nitrique nous ont donné n bon résultat, en détruisant le bourrelet muqueux de orifice et en avivant l'entonnoir vaginal circonvoisin.

Il est probable que nous aurions échoué, avec l'acide itrique, comme on avait échoué antérieurement au hermo-cautère, si nous n'avions eu la précaution de ourrer le vagin à l'iodoforme. Ce tamponnement immoilisait le vagin, déplissait l'entonnoir préfistuleux, blitérait en partie la fistule, et enfin, par son action ntiseptique, permettait à la cicatrisation de l'entonnoir aginal de se poursuivre régulièrement.

Notre observation est d'autant plus intéressante que ur les 40 observations recueillies par Petit et Narath, n ne compte qu'une guérison par la cautérisation (cas e Dahlmann).

Etant donnée la simplicité, la bénignité et le succès de otre traitement, nous n'aurons pas besoin de justifier utrement notre décision thérapeutique; nous ferons ependant observer que les autres moyens à notre dispotion présentaient tous une difficulté ou une gravité lus grande.

L'intervention pouvait théoriquement être faite par le agin, par la voie sacrée, ou par la voie abdominale.

Opération par le vagin. — Par le vagin, on pouvait aire le même avivement que celui de la fistule vésico-aginale; mais, outre que les manœuvres étaient difficiles cette profondeur, il faut savoir encore que les fistules tercorales sont plus rebelles que les fistules urinaires, robablement à cause de la mobilité de l'intestin et de a septicité excessive de son contenu. D'après les auteurs ue nous avons cités, la suture simple n'a donné qu'une guérison (cas de Bidder).

L'avivement simple doit donc être rejeté dans l'espèce, et l'on doit se conformer ici aux principes qui sont de mise dans la cure des fistules stercorales en général, c'est-à-dire, qu'il faut disséquer largement l'intestin de la paroi, le suturer isolément, par deux étages de sutures séro-séreuses, ou par abrasion; il faut encore que ces sutures ne soient pas tendues; enfin, on suture isolément la paroi abdominale ou vaginale.

Pour réaliser un pareil programme, il faut avoir beaucoup d'espace et manœuvrer à l'aise; or, ces conditions étaient si peu réalisées, dans notre cas, que je jugeai impossible d'exécuter une opération de suite sur notre malade. On aurait pu, à la rigueur, intervenir par le vagin de la manière suivante : ouvrir largement le vagin et le péritoine au-dessus de la fistule; s'aider de l'index et des ciseaux pour détacher complètement l'anse adhérente au vagin au niveau de la fistule; attirer cette anse à la vulve; aviver les bords de l'orifice intestinal, et le fermer par un double étage séro-séreux, ou, au besoin, réséquer l'anse et faire la suture circulaire. Cette dernière a procuré un beau succès à Brenner.

Cette méthode est susceptible de donner de bons résultats, quand il n'y a pas d'adhérences massives dans le bassin; je l'aurais probablement tentée si la cautérisation avait échoué.

L'iléo-rectostomie a été pratiquée par Casamayor, Verneuil, Lauwers. Casamayor introduisit les mors d'une pince spéciale, l'un par le rectum, l'autre par le vagin, dans le bout supérieur de l'anse fistuleuse; serrant alors la pince, il fit, comme avec l'entérotome, une brèche faisant communiquer l'iléon et le rectum. Sa malade fut seulement améliorée.

Verneuil conseilla de réaliser cette opération avec une ligature élastique.

Enfin Lauwers guérit une malade en incisant par le rectum la cloison iléo-rectale et en introduisant, par cet orifice la branche d'un entérotome, il obtint ainsi une large communication iléo-rectale.

J'ai moi-même proposé un procédé analogue sur lequel je n'insiste pas. Je ferai remarquer que l'iléo-rectostomie n'est indiquée que lorsque la fistule siége sur les dernières portions de l'intestin grêle. Tel n'était pas le cas chez notre malade. Et, lors même que la fistule siége sur la fin de l'iléon, l'iléo-rectostomie a le grand inconvénient de supprimer, au point de vue physiologique, une portion plus ou moins grande d'intestin grêle et presque tout le gros intestin. A ce point de vue, cette opération est bien inférieure à l'entéro-anastomose, qui n'exige pas de pareils sacrifices. Enfin, l'iléo-rectostomie a besoin d'être complétée par une opération anaplastique fermant l'orifice vaginal.

Opération par la voie sacrée. — La voie sacrée est, sans contredit, très avantageuse pour aborder le rectum, mais je ne lui trouve guère que des inconvénients pour intervenir sur les organes génitaux de la femme.

Elle ne donne que peu d'espace pour opérer dans le bassin; elle a l'inconvénient d'ouvrir le tissu spongieux du sacrum, ce qui n'est pas indifférent si la plaie s'infectait; or, précisément, et c'est là un nouveau grief et le plus sérieux, les plaies s'infectent très souvent, parce qu'elles sont larges et anfractueuses, et qu'il est difficile de les soustraire entièrement aux souillures émanées de l'urèthre et du tube digestif.

Opération par l'abdomen. — L'intervention par l'abdomen est rationnelle après échec des tentatives par la voie vaginale.

On peut intervenir de quatre manières différentes :

1° En décollant l'anse perforée qui adhère au vagin; on l'attire alors dans la plaie médiane et on ferme l'orifice intestinal avivé par un double étage séro-séreux.

Il y a deux objections à faire à cette pratique : la première, c'est qu'on se souille les mains et qu'on inocule le péritoine en manipulant une anse ouverte. En second lieu, les parois intestinales sont souvent altérées à une assez grande distance autour de la fistule, de telle sorte que la résection complète de l'intestin est souvent nécessaire pour opérer en tissus sains.

2° On peut réséquer largement l'anse perforée, après l'avoir décollée du vagin, et faire ensuite une suture circulaire par un procédé approprié.

Cette pratique est passible de la même objection que la précédente, en ce sens qu'elle rend fatale l'inoculation des mains et du péritoine.

Roux avait essayé de réaliser ce programme; sa malade mourut d'une faute opératoire; mais Songly guérit une femme par ce procédé. J'ai communiqué, l'an dernier, une observation analogue qui se termina par la mort, pour les raisons que je viens d'exposer.

3° On peut faire ce que les Allemands appellent l'isolement ou la séquestration de l'anse perforée.

Dans ce but, on sectionne le bout supérieur de l'anse avant la fistule et le bout inférieur après la fistule, on a ainsi quatre orifices dont deux, plus importants, conduisent l'un à l'estomac et l'autre à l'anus vrai; on réunit les deux orifices par une suture circulaire.

Quant aux deux autres orifices, qui appartiennent à l'anse isolée et qui conduisent à la fistule, on peut, ou bien les fermer tous deux par invagination ou bien les suturer à la peau en anus contre nature, ou enfin fermer l'un et fixer l'autre à la paroi. Nous verrons plus loin les inconvénients de cette pratique.

L'isolement a donné deux beaux succès à Erlach et à Narath, mais avec persistance de fistules à la peau.

4° La dernière méthode consiste dans l'entéro-anastomose latérale entre les deux jambages de l'anse fistuleuse.

Cette méthode me paraît la meilleure de celles que rend possibles la voie abdominale; je n'en parlerai pas davantage pour l'instant, puisque c'est d'elle qu'il est question dans ma seconde observation.

En résumé, la cautérisation est susceptible de donner de bons résultats dans le traitement des fistules entéro-vaginales lorsque les parois vaginales sont exubérantes.

Parmi les méthodes opératoires proprement dites, il en est deux qui sont particulièrement recommandables. La première consiste à entrer dans le péritoine par le vagin, au-dessus de la fistule; à libérer complètement l'anse et à l'attirer à la vulve. On pratique alors à l'aise soit la suture latérale, soit la résection suivie de suture circulaire.

La seconde méthode indiquée quand la première n'est pas possible (étroitesse du vagin, etc), consiste à pratiquer la laparotomie et à faire, soit la résection de l'anse malade, soit l'isolement de cette anse, ou mieux encore l'entéro-anastomose entre les deux jambages de l'anse fistuleuse; on fait, en outre, une ligature à la gaze iodoformée sur chaque bout entre l'anastomose et la fistule.

Dans une deuxième observation, il s'agit d'une femme de 55 ans atteinte de hernie étranglée; je fais le 15 Mai 1895 la kélotomie. L'anse n'est pas sphacélée, mais le sillon imprimé sur l'intestin par le collet du sac est tellement aminci que je pratique la kélotomie sans réduction. Au bout de 48 heures, une perforation s'établit au niveau du sillon; elle s'aggrandit progressivement, si bien, qu'au bout de quelques jours, nous avions devant les yeux un véritable anus contre nature avec éperon.

Le 6 Juin 1895, j'exécutai l'opération suivante en présence de M. Gross (de Nancy).

Le ventre est incisé sur la ligne médiane. Je vais immédiatement à la recherche des deux bouts qui adhèrent à la région crurale; après les avoir reconnus, je les suis de bas en haut et je les attire dans la plaie médiane. Je les maintiens hors du ventre à l'aide de deux sondes cannelées passées à travers le mésentère, et j'achève de fermer le péritoine avec des compresses aseptiques. Je réunis les deux anses encore intactes par un double étage séro-séreux, à points séparés et, plus en avant j'incise les deux anus sur une longueur de 5 à 6 centimètres. Je fais alors : 1° la suture muco-muqueuse des lèvres postérieures; 2° la suture muco-muqueuse des lèvres antérieures; 3° deux étages séro-séreux sur les lèvres antérieures.

J'avais ainsi facilité le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur, mais aucun obstacle ne les empêchait encore d'aller jusqu'à l'orifice cutané et de s'écouler au dehors.

Pour remédier à cet écoulement, je pris deux lanières de gaze iodoformée et je les enroulai autour de chaque anse et les y nouai lâchement. Ces ligatures furent posées entre l'anastomose et l'anus contre nature.

L'écoulement stercoral s'arrêta aussitôt, et la malade pouvait, dès lors, être considérée comme guérie de son anus contre nature. Il lui restait il est vrai une fistulette allant sans cesse en se rétrécissant et sécrétant un peu de liquide muqueux au sommet d'une petite hernie crurale.

C'est surtout contre la hernie que je fis une dernière opération, qui consista dans la cure radicale de la hernie. Au cours de cette opération, je sectionnai l'anse adhérente à la peau, et j'en oblitérai les deux bouts par invagination.

Je reviendrai sur quelques points de cette observation.

D'abord, sur la kélotomie sans réduction; cette opération a été suivie d'une fistule stercorale qui s'est bientôt agrandie au point d'en arriver à l'anus contre nature complet. Je crois que le maintien de l'anse au dehors n'a pas été étranger à la perforation, car l'anse, suspecte à son extrémité inférieure, formait un angle aigu d'où résultait la formation d'un éperon. Or, précisément, la perforation s'est produite sur le bout supérieur, au sinus de l'éperon. La compression du bout inférieur, par l'anneau crural toujours assez étroit, n'a peut être pas été étrangère à la perforation, en augmentant la tension intestinale dans l'anse exposée.

Ce dernier inconvénient n'existe pas, au même degré, à la région inguinale, et dans ce cas il suffirait, je crois, de débrider largement la paroi abdominale pour supprimer la compression que j'ai signalée; mais, à la région crurale, je pense qu'il faut abandonner les anciens errements, ouvrir le ventre sur la ligne médiane, et y attirer l'anse suspecte. Dans tous les cas, on s'arrangera de telle sorte, que la région menacée de perforation soit située, non pas sur le bout supérieur de l'anse exposée, mais sur son bout inférieur, afin d'éviter les inconvénients de l'éperon qui se forme au point culminant de l'anse.

J'en arrive au traitement de l'anus contre nature.

Je ferai d'abord remarquer qu'il ne s'agissait pas d'une hernie gangrénée, et que nous n'avions pas à compter avec un phlegmon herniaire ni avec des lésions de péritonite septique, avec abcès miliaires disséminés, lésions qui rendent si graves les interventions trop précoces.

En l'absence de contre-indications spéciales, j'ai donc opéré de très bonne heure, au bout de trois semaines seulement, et l'événement a montré que je n'avais pas tort.

J'avais affaire à un anus crural situé à plusieurs centimètres au-dessous de l'arcade crurale. J'ai déjà soutenu, ici, l'an dernier, que cette variété contre-indiquait formellement l'entérotomie, parce que la brèche faite à l'éperon n'est utile qu'au-dessus de l'anneau crural. En effet, au-dessous de l'anneau, les deux bouts ont beau communiquer largement, la contriction du bout inférieur par l'anneau empêche absolument les matières de s'engager dans ce segment d'intestin.

En pareilles circonstances, on est obligé de faire une entérotomie longue de 10 à 15 centimètres pour rétablir efficacement le cours des matières. Cette opération exige plusieurs applications d'entérotome qui durent des mois, encore n'est-on jamais sûr, en pinçant profondément dans le ventre, de ne pas perforer l'intestin ou de ne pas pincer une anse saine.

Pour toutes ces raisons, j'ai rejeté la vieille méthode qui, avec des apparences de bénignité, est parfois plus grave que les méthodes dites radicales.

Les deux grandes méthodes en un temps sont la résection et l'entéro-anastomose.

Je rejette la résection qui contamine les doigts et le champ opératoire, qui saigne beaucoup pendant la séparation de l'anse d'avec la paroi abdominale, qui dure longtemps et se termine enfin par une suture circulaire que je crois de beaucoup inférieure à l'entéro-anastomose, au point de vue de la sécurité [1]. Enfin, la suture circulaire s'exécute, au voisinage de l'anus contre nature, sur des bouts notablement altérés comme consistance et vitalité.

Au contraire, l'entéro-anastomose s'exécute loin de la fistule, en tissus sains, elle ne comprime pas le mésentère qui doit nourrir les sutures, elle n'exige rien de comparable au pénible et hémorrhagique travail de la séparation de l'anse avec la paroi, enfin, elle ne contamine pas les doigts comme la résection. L'entéro-anastomose peut s'exécuter avec le bouton de Murphy, avec le mien, ou par la suture.

Je craignais le sphacèle du Murphy, et mon bouton n'était pas créé au moment où j'opérai le malade; c'est pourquoi j'ai fait la suture à trois étages. Elle a été exécutée très rapidement. En trois quarts d'heure, l'opération était terminée, y compris les sutures pariétales, et M. Gross présent s'étonna de la rapidité de cette opération.

Quelle que soit la perfection des méthodes instrumentales, le vrai chirurgien devra toujours se tirer d'affaire avec les instruments que l'on trouve partout, car on ne rencontre pas toujours, à point donné, un bouton de Murphy en même temps qu'une hernie gangrenée.

La suture restera donc dans la pratique chirurgicale, surtout en dehors des cas d'urgence où il n'est pas encore démontré qu'elle soit vraiment inférieure aux méthodes instrumentales. Et précisément il arrive ceci, c'est que lorsqu'on est très pressé, lorsqu'on n'a pas le temps de

1. Dans la suture circulaire, on comprime fatalement le mésentère compris entre les plans de suture. Cette compression compromet la nutrition des parties suturées et expose à la perforation.

se procurer le bouton l'indication est la plus formelle; tandis que, dans les cas moins urgents, où il serait facile de se procurer cet instrument, son emploi est moins indiqué, peut-être même inférieur à la suture bien faite.

Je ne reviendrai pas sur la technique de l'entéro-anastomose, c'est celle que j'ai exposée depuis longtemps; mais j'examinerai, avec plus de soin, ce qu'il convient de faire pour empêcher les matières de continuer à se diriger vers l'anus contre nature.

Il ne suffit pas d'oblitérer le seul bout supérieur, car les matières, passant par l'anastomose, parviendraient rapidement à l'orifice cutané par le bout inférieur.

On oblitérera donc les deux bouts, au-dessous de l'anastomose, mais comment? Comte, Hacker, ont proposé de rétrécir l'intestin par un pli transversal suturé; mais cette barrière est illusoire; il en est de même du pli longitudinal de Le Dentu, qui a échoué entre les mains de son auteur, de même que dans mes expériences sur le chien.

On pourrait encore couper les deux bouts, entre l'anastomose et l'anus anormal, et fermer les quatre orifices qui en résultent, par invagination, pratiquer, en un mot l'isolement de l'anse malade, mais ce serait une pratique compliquée qui prolongerait désavantageusement l'opération. Les Allemands ont, d'ailleurs, démontré les inconvénients d'abandonner ainsi une anse fermée qui, saine, se distend de liquides dans des proportions considérables, et, infectée, suppure, se perfore et tue par péritonite.

On pourrait encore fixer les quatre orifices à la peau, mais on aurait un écoulement stercoral et un écoulement muqueux, par les orifices correspondant à l'anastomose et un affaiblissement local de la paroi abdominale.

Il reste encore une dernière combinaison qui consisterait à fermer, par invagination, les deux orifices menant à l'anastomose et à aboucher les deux autres à la peau.

Cela serait encore long, et en outre, cela exposerait à une fistule muqueuse et à une hernie ventrale au niveau des orifices soudés à la peau.

Il y a mieux, plus simple et plus bénin à faire, c'est le procédé que j'ai employé sur mon malade : la ligature à la gaze iodoformée. J'ai montré, dans mon mémoire de l'an dernier, que, chez le chien, ces ligatures s'éliminent dans l'intestin, à la façon des compresses de Pilatte et Michaux, comme dans les expériences de Jalaguier et Mauclaire. Quand la ligature a disparu complètement dans l'intestin, celui-ci reste réduit à un calibre de quelques millimètres; c'est ce qui s'est passé dans l'observation que je viens de vous rapporter, et il en a été de même dans mon observation de l'an dernier, qui peut se superposer exactement à la précédente.

J'ai constaté l'élimination de la gaze iodoformée, chez le chien, sur des coupes histologiques, et j'ai pu récemment, vous montrer une ligature iodoformée en voie d'élimination chez une malade qui avait subi la gastro-entérostomie et la ligature du jejunum pour éviter le reflux de la bile dans l'estomac.

Un petit détail qui a bien son importance :

Sur le chien, quand on noue très fortement la gaze, on provoque souvent la sphacèle de l'intestin, et la mort par péritonite.

On évite cette complication en arrêtant la lanière de gaze par un fil noué sur ses deux chefs; la constriction ainsi obtenue est aussi modérée que possible; elle est suffisante pour arrêter les matières, et elle n'est pas dangereuse.

Après avoir tari l'écoulement stercoral, le rôle du chirurgien n'est cependant pas encore terminé, puisqu'il reste une fistule intestinale ouverte à la pince, qui laisse écouler, il est vrai, seulement du mucus, ce qui est un ennui réel quoique léger; en outre, il persiste une hernie crurale, qui ne demande qu'à s'accroître.

A la grande rigueur, on peut laisser les choses en l'état et se contenter de faire porter un bandage au malade.

On peut faire un peu plus, en guérissant seulement la fistule moyenne, sans supprimer la hernie. Nous avons un moyen simple et peu dangereux d'obtenir ce résultat; il consiste à cautériser la fistule avec une baguette de verre imprégnée d'acide nitrique, procédé qui nous a réussi dans notre observation. On peut encore supprimer à la fois la fistule et la hernie, comme je l'ai fait dans une observation, en isoant l'anse fistuleuse au bistouri; on en réséque une partie, on oblitère les deux bouts en cul-de-sac, et on terminep ar la cure radicale de la hernie crurale.

En résumé, j'estime que le procédé que j'ai employé chez ma malade mérite le nom de cure radicale, en un temps, de l'anus contre nature, bien que j'aie fait deux opérations successives. L'entéro-anastomose, avec ligature iodoformée, guérit à elle seule, et complétement, l'anus anormal; il persiste, il est vrai, une fistule à sécrétion muqueuse et une pointe ou hernie, mais la fistule peut être tarie facilement par une simple cautérisation. Quant à la hernie, on peut la maintenir par un bandage ou en faire la cure radicale.

Quoi qu'il en soit, l'intervention que je préconise est infiniment plus simple et plus bénigne que la résection; elle est plus rapide et plus bénigne que l'entérectomie avec anaplastie et, à ce titre, elle mérite, je crois, d'entrer dans la pratique.

Sarcome cérébral. Ablation. Guérison. — **M. Broca** présente un malade auquel il a extirpé un sarcome cérébral. Le diagnostic de l'existence était rendu évident par une céphalalgie temporale gauche et une névrite optique bilatérale; quant au diagnostic du siège dans le lobe temporal gauche, il fut établi par M. Brissaud, grâce à l'analyse minutieuse d'une aphasie de conductibilité. L'opération fut pratiquée en deux temps, selon la méthode de Horsley, les 31 Mars et 1er Avril. La dure-mère ne fut ouverte qu'à la seconde séance, et il fallut inciser l'écorce pour trouver la tumeur à 1 centimètre de profondeur. Cette tumeur était encapsulée et put être extraite; elle pèse 130 grammes, et est constituée par du sarcome globo-cellulaire. La guérison se fit par première intention.

Élongation du plexus brachial. — **M. Delorme** présente un jeune homme qui, dans une chute, se fit une élongation du plexus brachial, à la suite de laquelle survinrent des douleurs excessives et persistante. Ces douleurs cédèrent à la compression directe.

Filariose; varices des lymphatiques inguinaux. — **M. Robert** présente un jeune homme habitant les colonies, qui, depuis sept ans, est atteint d'une tumeur da l'aine et, plus récemment, d'une hydrocèle. La tumeur de l'aine pourrait être prise pour une épiplocèle réductible. Il s'agit, en réalité, de varices déterminées par la filariose. L'hydrocèle est, sans doute, de même nature, mais elle n'a pas encore été opérée. Le malade est, de plus, anémique et se plaint de palpitations, de troubles circulatoires et de dyspepsie : il n'a ni chylurie, ni hématurie. L'examen du sang a montré l'existence de filaires.

M. Tillaux relate le cas d'un malade venu pour se faire opérer à Paris, et qui avait également des varices inguinales dues à la filariose. M. Tillaux crut à une hernie épiploïque; mais M. Audoin (d'Haïti) lui démontra qu'il s'agissait, en réalité, d'un cas de filariose, et lui conseilla d'intervenir, comme il le faisait lui-même avec grand bénéfice. L'opération, qui consista dans la résection du scrotum, fut pratiquée et donna un excellent résultat.

Injection de sérum dans les veines. — **M. Lejars** présente un malade auquel il a injecté, en quelques jours, pour des accidents péritonéaux infectieux, 26 litres de sérum dans les veines.

Ostéotomie des deux os de jambe. — **M. Rochard** présente un malade, auquel il a pratiqué cette opération pour une fracture vicieusement consolidée.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

15 Mai 1896.

Lupus éléphanthiasique de l'avant-bras, consécutif à une tuberculose des os de la main, compliquée d'érysipèle récidivant. — **M. G. Thibierge.** Voici un homme de trente-cinq ans, qui présente une lésion du membre supérieur, caractérisée par : 1° un état éléphantiasique, avec œdème considérable de l'avant-bras; 2° des déformations de la main (disparition des deux premières phalanges de l'auriculaire avec conservation de la troisième, et état normal de l'ongle; incurvation de l'index, dont les phalanges sont réduites de volume, et dont l'ongle est en état d'onychogriphose); 3° larges plaques papillomateuses du dos de la main, du pouce et de la partie inférieure de l'avant-bras, ayant tous les caractères de la tuberculose papillomateuse; 4° nombreuses nodosités lupiques, disséminées sur la partie postérieure de l'avant-bras.

Ces lèsions ont débuté, dans l'enfance, par des abcès d'origine osseuse auxquels ont succédé, au bout de plusieurs années, les plaques papillomateuses et la tuméfaction considérable de l'avant-bras. Le malade a eu une série d'érysipèles, localisés à la main et à l'avant-bras.

La nature tuberculeuse de ces lésions ne peut faire de doutes : manifestement, il s'agit de la lésion connue sous le nom de lupus éléphantiasique, laquelle est rare au membre supérieur, et beaucoup plus fréquente au membre inférieur.

J'insisterai sur deux points :

1° L'origine osseuse des lésions; c'est là un fait bien connu pour le lupus éléphantiasique, mais qui n'en mérite pas moins d'être relevé, d'autant plus que l'on peut généraliser le fait de l'origine profonde du lupus : depuis que je cherche avec insistance les origines de cette affection, je ne rencontre presque plus de lupus qui n'ait pour point de départ l'ouverture d'une lésion des os, des ganglions, des voies lacrymales.

2° L'existence d'érysipèles, lesquels ont été l'origine de l'état éléphantiasique du membre : on a voulu voir dans l'érysipèle un moyen curateur du lupus. Le fait actuel, auquel j'en pourrais ajouter beaucoup d'autres, montre le peu de cas qu'il faut faire de cette opinion; il montre, en outre, que l'érysipèle, au lieu d'avoir une action favorable, peut aggraver singulièremeut l'état d'un membre atteint de lupus.

Stéthographie bilatérale. — **MM. Gilbert et Roger.** Nous avons l'honneur de présenter à la Société une série de tracés recueillis sur des sujets sains ou atteints d'affections thoraciques. Nous nous sommes servis, pour nos recherches, d'un appareil qui enregistre séparément les mouvements de chaque moitié de thorax; on peut ainsi saisir les moindres variations survenues dans le mode respiratoire d'un des côtés; c'est à cette méthod que nous donnons le nom de stéthographie bilatérale.

L'étude préalable, que nous avons faite, sur des sujet normaux, nous a montré que, dans la moitié des ca l'ampliation thoracique est plus marquée d'un côté qu de l'autre; les différences, d'ailleurs, légères, deviennen plus appréciables pendant l'inspiration profonde, le mouvements saccadés, comme la toux ou le rire.

Pendant l'effort, quand celui-ci est considérable, l respiration s'arrête complètement des deux côtés, pui elle reprend, d'abord profonde et lente, pour reven ensuite assez vite au type normal. Si le sujet contract ses muscles avec moins d'énergie, la pause respiratoir n'est pas complète; mais on observe alors, entre le deux côtés, une différence assez curieuse : les mouve ments diminuent surtout ou même s'arrêtent totalemer du côté où se produit l'effort; ils persistent, quoiqu affaiblis, de l'autre côté.

Nos recherches cliniques ont porté sur sept malade atteints ou guéris de pleurésie. Quatre d'entre eu étaient porteurs d'épanchements séreux plus ou moin abondants. Comme il était facile de le prévoir, les tracé ont montré, pendant la période d'état, une diminutio de l'expansion thoracique du côté atteint, diminutio d'autant plus marquée que l'épanchement est plus abor dant. Mais, dans tous les cas de pleurésie séreuse, le mouvements étaient encore appréciables.

Chez un malade, nous avons étudié les modification qui suivent la thoracentèse; il s'agissait d'une pleurési gauche, ayant refoulé le cœur, dont les battements s'ins crivaient sur le tracé du côté droit; dix minutes apré la ponction, aucune amélioration ne s'était produit c'est seulement au bout d'une demi-heure que l'expan sion thoracique est devenue plus considérable, et qu le cœur a pris une position médiane.

Dans les cas à grand épanchement, les changement se produisent avec une lenteur encore plus grande; faut plusieurs ponctions pour provoquer un change ment.

Au moment de la guérison apparente, le côté attein peut avoir repris le rythme normal; ailleurs, les trou bles persistent, parfois trop légers pour être reconnu à l'inspection; les tracés peuvent révéler alors une am plitude, moitié moindre du côté qui a été affecté; le différences s'exagèrent encore pendant certains mouve ments étendus ou saccadés, pendant les fortes inspira tions, la toux, le rire. Enfin, dans un cas de pleurési ancienne, avec rétraction du thorax, le tracé s'est tra duit, du côté atteint, par une simple ligne onduleuse la respiration y était donc presque nulle.

Les tracés stéthographiques sont influencés, non seu lement par l'abondance, mais aussi par la nature de épanchements. Chez un malade ayant une pleurésie pe abondante, le côté atteint était complètement immobile c'est qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une pleurésie hémor rhagique, liée à un cancer pleuro-pulmonaire.

Des modifications analogues, mais encore plus accen tuées, s'observent dans le pneumothorax; déjà manifeste pendant les respirations calmes, elles s'exagèrent pen dant les respirations forcées et pendant la toux; il es des cas où la malade ne tousse que du côté sain; pen dant les quintes, le tracé ne présente pas, du côté at teint, les modifications caractéristiques.

Ces quelques exemples montrent quel est le part qu'on peut tirer de la stéthographie bilatérale; san doute, il ne s'agit pas là d'une méthode pratique : comm le sphygmographe, le stéthographe ne sert qu'à vérifie et préciser les données fournies par les procédés habi tuels d'investigation.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

12 Mai 1896.

Hydronéphrose. — **M. Lapointe** communique l'observation d'une femme de vingt-trois ans atteinte d'hydronèphrose du rein droit. Cette femme n'avait offert aucun trouble fonctionnel du côté de la sécrétion urinaire; on trouvait seulement, dans la région rénale une grosse tumeur fluctuante, présentant le phénomène du ballottement d'une façon très nette. On fit la laparotomie transpéritonéale et l'on tomba sur une grosse tumeur de 30 centimètres de hauteur et 17 centimètres de largeur, attenante au hile du rein; on sectionna ce hile avec l'uretère, qui fut coupé aussi loin que possible. Ce dernier était dilaté et ne présentait, dans son intérieur, aucun point rétréci, La tumeur était formée d'environ 13 poches remplies d'un liquide clair.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouva dans le cul-de-sac droit une petite tumeur que l'on suppose être un calcul enclavé dans la portion vaginale de l'uretère. Cependant cette femme n'a jamais présenté de symptômes de coliques néphrétiques.

Luxation congénitale du nerf cubital. — **M. Collinet** communique 13 observations de luxation congénitales du nerf cubital. Des observations ont été trouvées sur 500 sujets examinés systématiquement à ce point de vue. Cette lésion est donc beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'alors. Le pourcentage de la luxation congénitale du nerf cubital est de 2,54 pour 100.

Le présentateur a trouvé, en outre, 7 cas de subluxation bilatérale, et 33 de subluxation unilatérale. La sub-

xation existe dans 7,82 des cas. Parmi les autres sujets observés, il a trouvé une grande mobilité du nerf cubital dans 223 cas, une mobilité moyenne dans 264 cas, une mobilité faible dans 125 cas.

Cette luxation est le résultat d'une faiblesse spéciale des tissus fibreux qui vont de l'olécrâne à l'épitrochlée ou d'un manque de développement, ou d'un défaut d'orientation en arrière de cette apophyse.

Cette faiblesse spéciale des tissus est indépendante du développement du système musculaire. Un certain nombre de luxations traumatiques du nerf cubital surviennent probablement chez des individus prédisposés congénitalement à cette luxation, par les défectuosités anatomiques signalées ci-dessus. Dans certains cas, le traumatisme ne ferait qu'exagérer une luxation préexistante et passée inaperçue. Il peut la rendre apparente par le développement d'une névrite.

Tumeur de la dure-mère. — **M. Launay** présente le crâne d'une femme d'environ trente ans, trouvé à l'amphithéâtre de Clamart. Ce crâne, au niveau de la partie médiane, sur les pariétaux, et sur une largeur de 14 centimètres, présente une tumeur ayant entamé l'os. En examinant la dure-mère, on voit qu'elle est adhérente dans toute cette région, et que c'est d'elle qu'est partie la tumeur pour ronger la calotte. On trouve à l'entour trois ou quatre petites masses en train de perforer la table interne de l'os.

L'examen histologique n'a pas encore été pratiqué.

R. Marie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

11 Mai 1896.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Déclaration des candidatures aux places vacantes de membres titulaires.

Présentation, par M. Motet, d'un mémoire de M. Ch. Muteau, conseiller à la Cour d'appel, sur l'*Assistance hospitalière et sur le secret professionnel.*

Il n'est fait aucune autre communication.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Congrès de Mai 1896

La perforation artificielle permanente du tympan dans des cas d'otite moyenne. — **M. Miot** donne les conclusions suivantes :

Le meilleur moyen de compléter le diagnostic est de pratiquer la perforation du tympan, qui améliore immédiatement l'audition.

Il y a des cas, où l'opération étant formellement indiquée, il faut la différer ou même y renoncer, tant que des actions réflexes énergiques s'exercent sur l'oreille.

Le procédé de choix pour obtenir une perforation permanente est l'ablation du tympan et du manche du marteau.

Le maintien d'un mince bourdonnet de coton dans le conduit auditif externe, a l'avantage de garantir la caisse, mais a l'inconvénient de rendre le conduit auditif externe plus sensible aux variations de température et de diminuer un peu l'acuité auditive.

La perforation expose le malade à des écoulements, mais ceux-ci sont vite taris et ne déterminent jamais de complications.

L'audition est plus ou moins améliorée, mais elle varie beaucoup, et l'augmentation de l'acuité auditive est plus grande pour les sons que pour la voix.

L'application d'un tympan artificiel sur la perforation artificielle, augmente quelquefois l'acuité auditive d'une manière très sensible.

M. Boucheron. Dans certaines perforations tympaniques survenues *chez des enfants*, avec un processus rapide qui entraîne l'expulsion du marteau et de l'enclume, on observe parfois (cas de Malherbe, deux cas personnels) la conservation d'une quantité d'ouïe considérable (voix chuchotée, entendue à 5 ou 6 mètres). C'est la preuve : 1° que le labyrinthe est resté presque intact, au milieu du processus morbide de la caisse; 2° c'est la preuve que, sans marteau ni enclume, ni membrane tympanique, on peut entendre beaucoup, si le labyrinthe est intact; 3° chirurgicalement, on peut supprimer marteau, enclume et membrane tympanique, et l'ouïe restera suffisante, si le labyrinthe est au préalable intact. L'opéré perdra surtout l'accommodation de l'oreille, comme l'opéré de cataracte perd l'accommodation de l'œil.

Chez les adultes, atteints d'affections dites scléreuses, récidivantes, avec compression répétée ou prolongée du labyrinthe, le nerf acoustique a perdu un certain nombre de fibres nerveuses, détruites par la compression, — comme dans la compression glaucomateuse de l'œil — alors la suppression chirurgicale ou pathologique de la membrane tympanique, du marteau et de l'enclume, laisse l'ouïe améliorée souvent, surtout si l'étrier est mobilisé, ou mieux est déplacé de sa position de piston compresseur, par la suppression de la compression labyrinthique.

Mais le labyrinthe étant déjà défectueux, l'ouïe qui reste est inférieure — plus ou moins — à l'ouïe d'un labyrinthe intact. La suppression de l'appareil de l'accommodation est souvent utile alors, parce que c'est cet appareil qui sert souvent à maintenir l'excès de compression sur le labyrinthe.

La perforation permanente du tympan est, dans ces circonstances, la condition la plus favorable, car le vide ne peux plus être produit dans la caisse, avec l'excès de pression labyrinthique qui en résulte.

Aussi, avec Bonnafond, je dois considérer la persistance de la perforation tympanique comme un désidératum, toujours recherché et rarement atteint, sinon presque au hasard.

Je prie M. Miot de nous préciser quel est le détail opératoire qui, dans les cas heureux, paraît avoir maintenu la permanence de la perforation tympanique.

Il vient de nous dire qu'il réséque souvent le manche du marteau, j'avais pensé que l'ablation du marteau tout entier (avec ou sans extraction de l'enclume), serait encore plus avantageuse pour l'obtention de cette permanence de la perforation. J'ai eu le regret de constater que la perforation se refermait encore beaucoup trop souvent. Le desidératum de Bonnafond persiste encore.

Erysipèles de la face à répétition. Pathogénie et traitement. — **M. H. Lavrand** (de Lille). Les érysipèles de la face sont fréquents; il n'est pas rare de les voir revenir assez fréquemment. Ayant eu, en 1887, l'occasion de soigner un érysipèle, dont la première manifestation apparente a été dans l'oreille moyenne et le pharynx nasal, M. Lavrand a étudié particulièrement les fosses nasales et le cavum pharyngé, dans nombre de cas d'érysipèles à répétition. Il a acquis la conviction, que la porte d'entrée était plutôt dans le cavum que dans les fosses nasales. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° La pluplart du temps, les érysipèles spontanés de la face à répétition sortent par les narines et les points lacrymaux.

2° Le point de départ (soit pénétration des germes, soit reviviscence de germes demeurant à l'état latent dans les tissus), peut être dans les fosses nasales, mais beaucoup plutôt dans le tissu adénoïde plus ou moins hypertrophié du cavum pharyngé.

3° Le traitement préventif, et par suite curatif, des érysipèles à répétition de la face consiste à soigner les fosses nasales et le pharynx nasal, mais, principalement, à supprimer le tissu adénoïde du cavum, qu'il se présente sous la forme de tumeurs adénoïdes, ou seulement sous la forme de granulations que le médecin devra aller dénicher entre les trompes d'Eustache : on supprime ainsi une porte d'entrée et un terrain de culture trop favorable au streptocoque.

Mutité chez des entendants. — **M. Lavrand** (de Lille). Le médecin est souvent consulté par des parents pour des enfants de trois, quatre, cinq ans qui ne parlent pas, mais qui entendent parfaitement. Quel pronostic porter et quels conseils donner? M. Lavrand étudie le mutisme ou aphémie chez des enfants *non sourds, comprenant ce qu'on leur dit.*

Il appuie son travail sur trois observations choisies entre beaucoup d'autres, car il élimine les idiots. Chez ces trois malades, l'examen détaillé lui permet d'admettre que tout est normal chez eux : vue, audition, intelligence. Les centres sensoriels du langage sont intacts; les centres psychiques également. Il croit, chez eux, à l'existence des centres moteurs d'articulation et à leurs connexions avec les autres centres du langage; mais ces centres ne fonctionnaient pas. Il a fallu une gymnastique spéciale, une éducation particulière de ces centres. Sous l'influence d'une excitation spécialement dirigée, leur activité latente s'est réveillée à la fin, et les enfants ont parlé.

Voilà le mécanisme du mutisme dans les cas considérés et son traitement curatif. Même s'il y a des lésions cérébrales, quand celles-ci sont arrêtées, qu'elles ne progressent plus, ce procédé peut encore rendre des services. Ceux-ci ont oublié le mécanisme moteur, nos muets ne l'ont jamais connu.

Note sur l'emploi de la gaze à la chinoline naphtolée dans le pansement des otites purulentes. — **M. Hamon du Fougeray**, continuant ses recherches sur le tamponnement méthodique, a essayé diverses gazes antiseptiques.

La plupart ont le défaut d'être irritantes. La gaze à la chinoline naphtolée de Hang (Munich), n'a pas cet inconvénient. Sur 700 pansements pratiqués sur 74 malades, on n'a pu observer une seule fois la moindre trace d'irritation. La chinoline est un dérivé de la quinoléine. On se sert du tartrate de chinoléine que l'on fait réagir sur le naphtol. Le produit obtenu est très fortement antiseptique.

Vertige auriculaire et spasme du muscle tenseur. — **M. Lacoarret** (de Toulouse). Il s'agit, dans le fait rapporté, d'un malade atteint depuis longtemps de catarrhe naso-pharyngien et d'otite moyenne adhésive, qui se compliqua d'une rétraction et d'un spasme du tenseur du tympan.

Ce spasme détermine, au moment où il se produit, un vertige et une sensation d'hébétude passagère et très rapide. L'état vertigineux n'est qu'intermittent.

L'ancienneté des lésions qui durent depuis huit mois, sans retentissement sur le labyrinthe, et la fréquence des crises, qui surviennent toutes les trois ou quatre minutes, sont tout à fait dignes de remarque. Le traitement médical fut entrepris inutilement. L'auteur se décida alors à pratiquer la plicotomie et la ténotomie du tenseur. Cette opération amena à sa suite la disparition des bourdonnements et des crises vertigineuses.

Kystes suppurés du nez. — **M. Joncheray** (d'Angers). Femme d'une trentaine d'années, indigente, adressée par M. Chevalier, de Segré. Nez obstrué depuis deux à trois mois. Perte de l'appétit et du sommeil depuis huit jours; fièvre; état presque typhique; gonflement de toute la partie gauche de la face, voix nasonnée, respiration buccale; pus épais, crémeux, qui s'écoule de la narine gauche. A l'examen antérieur, du pus remplissant la narine. Curettage, prudent d'abord, qui enlève : des masses crétacées, formant, mais incomplètement, plusieurs loges friables, de la grosseur moyenne d'une noisette, au niveau des cornets inférieur et moyen; puis : des grains pareils à du sébum concrété; le tout baigné dans le pus. A peine quelques gouttes de sang, si ce n'est, à la fin du nettoyage, quand la narine débarrassée apparut perméable, presque normale, mais avec une muqueuse rouge, bourgeonnante et un peu hypertrophiée, surtout au niveau du cornet moyen. Pas de lavage, mais attouchements au chlorure de zinc à 1/20, puis vaseline boriquée en abondance et tamponnement. Dix jours après, la malade revint guérie, avec état général bien meilleur, narine gauche à muqueuse un peu hypertrophiée, mais pas de pus.

En résumé : Kystes multiples, suppurés, des cornets inférieur et moyen, sans extension aux sinus voisins. Dégénérescence calcaire des parois et apparence sébacée de la partie du contenu kystique, non encore liquéfiée par la purulence.

Pseudo-hypertrophie post-diphtérique des amygdales. — **M. Lacoarret** (de Toulouse). L'hypertrophie des amygdales est habituellement d'origine inflammatoire. Ici il s'agit d'une pseudo-hypertrophie consécutive à l'infection diphtérique. A la suite d'une angine diphtérique, traitée par le sérum et guérie, on vit survenir, chez un enfant de quatre ans, après la disparition complète des phénomènes inflammatoires et l'entrée en convalescence, une tuméfaction énorme des tonsilles. Un mois plus tard, les glandes d'une dureté ligneuse et d'une coloration blanchâtre, se touchaient sur la ligne médiane, gênant la respiration et la déglutition. Pâleur des téguments, quelque peu de diarrhée, rate sensible, pas d'adénopathie généralisée. L'auteur pensant qu'il s'agissait d'une angine lymphadénique, de nature toxique, institua un traitement général par le quinquina, les diurétiques, le régime lacté. L'élimination du poison diphtérique amena la disparition des accidents, et les amygdales, après cette atteinte, s'atrophièrent presque complètement.

Dr E. de Lavarenne.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès de Mai 1896

Loi pour la prévention de la cécité résultant de l'ophthalmie des nouveau-nés. — **Lucien Howe** (Buffalo). En 1883, il y avait en tout 38,722 aveugles en France.

En 1889, la moyenne des élèves devenus aveugles par suite d'ophthalmie purulente était d'environ 40 pour 100. Pour être bien modérés, comptons 30 pour 100, et cela nous donnera plus de 11,500 aveugles en France, à la suite de l'ophthalmie des nouveau-nés...

Ajoutons un mot sur ce qu'elle coûte à l'État. A l'Institution des Jeunes Aveugles, chaque élève coûte 1,350 francs par an, l'immeuble et l'intérêt de cet immeuble non inclus...

Quoiqu'il y ait des opinions diverses, quand aux méthodes du traitement, nous sommes tous d'accord que la proportion des yeux perdus serait presque nulle, probablement pas plus forte de 1 pour 100, ou peut-être même de la moitié de 1 pour 100, si l'enfant était conduit au médecin immédiatement au début de la maladie.

Mais comment peut-on y arriver?...

Par des prospectus qui donnent des conseils aux mères, ainsi que l'a fait « l'Association Valentin Haüy, pour le bien des aveugles » en France, il y a de cela six ans... Ou, serait-il mieux encore de donner de nouveau aux sages-femmes et aux nourrices des conseils à ce sujet?

Non, dans chaque pays où l'État se contente de ce procédé, les sages-femmes négligent les avis ou rejettent les prospectus, sans y prêter attention, et alors des enfants, et encore d'autres enfants, deviennent aveugles.

Ou même, est-il suffisant, comme on le fait quelque part, d'obliger les médecins et les sages-femmes à déclarer officiellement l'ophthalmie purulente, comme les autres maladies contagieuses après que le diagnostic s'est décidé?

Non, parce que si nous attendons jusqu'à ce que le diagnostic soit décidé, surtout par les sages-femmes, il est ordinairement déjà trop tard. Le seul moyen, c'est de forcer les sages-femmes ou les nourrices, ou d'autres personnes chargées du soin de l'enfant de déclarer le

cas immédiatement, aussitôt qu'il y a le moindre soupçon de la maladie.

Dans quelques pays, il y a des règlements semblables; aux États-Unis, il est une loi bien simple, mais plus sévère sans doute que dans tout autre pays. Peut-être vaut-elle la peine de la citer, et la voici :

1° Si une sage-femme ou une nourrice ayant charge d'un enfant dans cet état, remarque qu'un œil ou les yeux dudit enfant sont enflammés ou rouges, à quelque époque que ce soit, dans l'intervalle de deux semaines après la naissance, la sage-femme ou la nourrice ayant charge de l'enfant devra déclarer le fait écrit dans les six heures, à l'officier de santé ou à toute personne pratiquant légalement la médecine, dans la ville, le bourg, ou le district où résident les parents de l'enfant;

2° Toute infraction à cette loi sera passible d'une amende de cent dollars (500 francs) au plus, ou d'un emprisonnement de six mois au plus, ou à la fois de l'amende et de la prison.

3° Cette loi est entré en vigueur le 1er Septembre 1890. Certaines petites modifications ont été apportées dans l'État de New-York, mais elle a été adoptée par huit autres États donnant un ensemble de population de plus de 20,000,000.

Abadie. Je ne crois pas beaucoup à l'efficacité des lois pour la prévention de la cécité, et j'ai assisté à une série de tentatives officielles, qui toutes ont été aussi malheureuses. Le nombre des aveugles serait peut-être encore plus grand aujourd'hui si l'on avait suivi les errements de Péphan, il y a quinze ans. N'avait-il pas, en effet, dans une circulaire faite avec Fienzal, préconisé, pour le traitement de l'ophthalmie purulente, les lotion avec l'eau phéniquée. Plus tard, le même Péphan a voulu concentrer les ophthalmies des nouveau-nés dans un pavillon spécial créé pour cet usage à l'Hospice des Quinze-Vingt. Là, on leur appliqua un traitement spécial, mais il faut croire que les résultats ne furent pas très brillants, puisqu'on revient au traitement classique par le nitrate d'argent en solution. Voilà pourquoi, je crois, qu'il est préférable d'adresser des instructions précises aux sages-femmes et aux accoucheurs, et de les prévenir des responsabilités qui leur incombent lorsqu'ils veulent diriger le traitement.

Terson (Toulouse). Il y a douze ans déjà que je demandai la nomination d'une Commission qui aurait été chargée de rédiger un avis aux parents, et une instruction pour la généralité des médecins et sages-femmes.

M. Gorecki. La loi sur la déclaration de l'ophtalmie des nouveau-nés est absurde et inapplicable. Si nous déclarons une ophthalmie des nouveau-nés, nous sommes obligés de la diriger sur le Pavillon des Quinze-Vingt. Il est regrettable qu'on ait cherché à centraliser une affection qui ne peut être bien soignée qu'à domicile. C'est une erreur de Pephan.

M. Chibret. Il serait sage d'adopter une loi analogue à celle des Américains et qui oblige à déclarer l'ophtalmie des nouveau-nés, dans les 6 heures après le début.

M. Parinaud. Je crois à l'efficacité de la nouvelle loi, car depuis sa promulgation, je vois les ophtalmies arriver plus vite à ma clinique. Dans les deux tiers des cas, en effet, lorsque l'enfant était apporté tardivement, la réponse des parents à la question « pourquoi venez vous si tard »? était invariablement « la sage-femme a dit que cela ne serait rien ».

D'ailleurs, l'efficacité d'une loi semblable a déjà été démontrée dans le canton de Zürich, par Harner.

Le pronostic de la tuberculose oculaire. — **M. L. de Wecker.** Aujourd'hui il est bien établi qu'une quantité d'affections oculaires incontestablement tuberculeuses ont été longtemps interprétées comme dues à une autre origine, en particulier à l'infection spécifique héréditaire ou directe. Il en est d'ailleurs de même pour certaines affections des articulations et du système osseux qui ont très souvent guéri sans infection généralisée de l'organisme, et bien des malades n'ont conservé un œil ou un membre, que grâce à l'ignorance où l'on était de la nature tuberculeuse de leur affection.

L'auteur a déjà antérieurement soutenu que l'on devait rejeter l'énucléation des yeux atteints de tuberculose pour trois raisons :

1° Parce que la tuberculose de l'œil, que Leber envisage comme une forme atténuée, est contestablement susceptible de s'éteindre sur place.

2° Parce que l'on n'est nullement autorisé à considérer comme primitive la tuberculose intra-oculaire évoluant dans une coque close, tandis que tout semble démontrer que l'infection est partie d'un point éloigné de l'organisme; aussi, en pareil cas, l'ablation de l'œil pour garantir de l'infection est-elle absolument illusoire.

3° Parce qu'il s'agit, le plus souvent, de jeunes sujets chez lesquels l'ablation d'un œil est une grave mutilation, alors que la conservation d'un œil même légèrement phtisique est encore une garantie pour sauvegarder la symétrie du squelette de la face.

A l'appui de ces principes ainsi posés, M. de Wecker cite l'exemple d'un jeune enfant atteint de tuberculose cornéenne suivie de destruction presque complète de la cornée avec formation d'un volumineux fongus granuleux, dont le développement fut accompagné de très violentes douleurs. Le petit malade n'échappa à l'énucléation qu'à cause de la gravité de son état, simulant une méningite. Néanmoins, l'enfant revint promptement à la santé et présente actuellement un œil un peu réduit de volume et cicatrisé.

Un autre cas intéressant se rapporte à un jeune garçon de douze ans présenté à la Société, et qui, sept ans auparavant, a été affecté de tubercules de l'iris. A cette époque, l'avis presque unanime des confrères consultés était qu'il fallait recourir à l'énucléation. Néanmoins, une simple iridectomie pratiquée dans le point affecté de l'iris, bien que l'on pût se rendre compte au cours de l'opération que les parties avoisinantes du corps ciliaire se trouvaient envahies par la tuberculose, fut suivie d'une prompte guérison, et l'enfant, aujourd'hui devenu un vigoureux garçon, présente, sur son œil que l'on voulait sacrifier, une vision sensiblement normale. Inutile d'ajouter combien les parents se félicitent que l'on se soit borné à une intervention purement locale, bien que l'on puisse même discuter sur la nécessité absolue de cette intervention circonscrite.

M. Terson (Toulouse). J'ai présenté, il y a six ans, une jeune fille à laquelle j'avais fait une iridectomie pour extirper un nodule tuberculeux de l'iris, du volume d'un pois. Sept mois après l'opération, l'acuité était de 1/2, mais la zonule ayant été rompue pendant l'opération, il se produisit ultérieurement une cataracte que j'ai pu extraire par une petite incision. La guérison s'est produite normalement, et il ne reste qu'une cataracte membraneuse secondaire. Cette malade a maintenant dix neuf ans, et se porte très bien. Je crois que l'intervention a eu une influence heureuse sur le processus tuberculeux, et que, s'il vaut mieux s'abstenir dans les cas de tubercules miliaires, on est autorisé à intervenir lorsqu'il s'agit de nodules solitaires.

M. Parinaud. Il y a seize ans, j'ai présenté, à la Société de chirurgie, le premier cas de tuberculose de l'iris avec diagnostic motivé. Depuis lors, les observations se sont multipliées, et nos idées sur l'évolution du tubercule et sa curabilité se sont modifiées. Nous savons, en effet, qu'en tant que lésion locale, le tubercule évolue vers la guérison, mais il y a des cas où la production des tubercules est si rapide et si étendue, qu'il y a intérêt à enlever l'œil.

Au point de vue de la curabilité, je rappellerai deux observations, dont l'une a trait au fils d'un de nos confrères; cet enfant présenta des tubercules de l'iris dont il guérit; puis, plus tard, des signes de tubercules encéphaliques qui s'amendèrent spontanément; l'autre observation est celle d'une jeune fille âgée de vingt ans et que j'ai soignée, il y a plus de quinze ans, pour une tuberculose de l'iris.

M. Jocqs. On ne peut pas affirmer qu'une lésion oculaire ne peut pas donner lieu à la généralisation. Dans un cas où j'avais proposé l'extirpation, qui fut refusée par les parents, l'enfant est mort trois mois après de méningite tuberculeuse.

M. Motais. J'ai publié l'observation de généralisation tuberculeuse rapide, à la suite d'ulcération tuberculeuse de la conjonctive.

M. Sulzer. La question de l'énucléation, dans la tuberculose oculaire, me paraît jugée. La tuberculose irienne n'est pas la conséquence d'une infection ectogène directe, et j'ai pu me convaincre qu'il existait presque toujours de la tuberculose intestinale. Il faut donc traiter ces malades comme les autres tuberculeux.

M. de Wecker. L'observation de M. Terson vient à l'appui de mon intervention, et je crois qu'il est préférable d'intervenir, lorsque les lésions sont localisées, que de s'abstenir complètement.

Rapport de géographie ophtalmologique sur le trachome. — M. Chibret (de Clermont-Ferrand). *Conclusions* : 1° graine ou microbe inconnu, cellule pathologique.

a) Aucun micro-organisme, même les coccidies, ne peut être considéré comme pathognomonique du trachome.

b) Il y a analogie entre l'évolution de la granulation conjectivale et celle du trachome.

c) Les différentes formes du trachome : Granulation superficielle, dure, verruqueuse; granulation molle noyée dans le tissu conjonctival; forme mixte intermédiaire entre les deux formes précédentes; folléculite; catarrhe printanier, constituent des modalités réactionnelles de la conjonctive vis-à-vis de l'infection trachomateuse. La folléculite et le catarrhe printanier peuvent être provoqués par d'autres causes d'irritation conjonctivale, la granulation restant seule presque constamment typique du trachome.

2° Terrain : Race, profession, alimentation, tempérament.

a) La notion de race domine l'étiologie du trachome, malgré qu'elle ait été, jusqu'ici, à peu près généralement méconnue.

L'immunité conférée par la race est *absolue* ou relative : l'immunité *absolue* existe chez les sauvages du Canada : Iroquois, Hurons, Mic-Macs, Chippewas, Cris, Sauteux, etc., qui ne contractent jamais le trachome. Ils sont très facilement et très gravement atteints par toutes les autres maladies virulentes importées par les Européens : tuberculose, syphilis, fièvres éruptives, etc. Ils sont réfractaires absolument au trachome malgré les déplorables conditions hygiéniques où ils vivent, conditions qui augmente la réceptivité parmi les autres races résidant au Canada.

Certains nègres, notamment ceux d'Amérique, jouissent d'une immunité *relative* à l'égard du trachome (Sevax Bornett). Les nègres d'Amérique viennent de la côte occidentale de l'Afrique, où la race noire a conservé une grande pureté. Les nègres de la côte orientale, moins purs et mélangés de sang sémite, ne semblent pas jouir de la même immunité, que ceux d'Amérique (Van Millingen).

Parmi les races blanches, la race Celte de Broca jouit d'une immunité relative, c'est-à-dire qu'un Celte est immune vis-à-vis du virus trachomateux préalablement atténué par un passage sur un autre Celte. Cette loi se traduit par l'absence complète de contagiosité au trachome parmi les populations celtes : plateau central français, plateau bavarois (Chibret).

Toutes choses égales d'ailleurs, au point de vue de l'habitat, les trois souches du tronc humain offrent des réceptivités caractéristiques : A Cuba, les trois souches sont représentées par les nègres, les blancs, les jaunes (Chinois). La race noire se montre quatre fois plus immune que la race blanche, la race blanche deux fois plus que la race jaune; Santos Fernandez trouve 16 trachomateux chez les nègres, pour 67 chez les blancs et 111 chez les jaunes.

b) La profession ne semble pas constituer des conditions d'immunité au trachome. Les mineurs contractent le trachome comme les filateurs, les cultivateurs, comme les artisans.

c) Une mauvaise alimentation, surtout l'insuffisance de la nourriture, de mauvaises conditions hygiéniques, la malpropreté, sont des conditions favorables de réceptivité au trachome.

d) Le tempérament lymphatique, l'infection malarienne constituent également une prédisposition.

Conditions météorologiques : Pression atmosphérique; température; état hygrométrique; insolation.

a) Les climats d'altitude sont défavorables à l'extension du trachome, si à l'altitude s'ajoutent l'humidité et la froidure comme en Suisse. Un climat d'altitude chaud et sec, tel que celui du Colorado, ne confère aucune immunité vis-à-vis du trachome.

b) Certains climats maritimes jouissent, peut-être, mais à un degré moindre, des qualités immunisantes des climats d'altitude froids et humides.

c) L'insolation et la chaleur augmentent la réceptivité et diminuent les effets immunisants de l'altitude et du climat marin.

M. Pechdo. Je regrette que M. Chibret se soit servi du terme de Celte qui ne correspond pas, dans notre esprit, à quelque chose de précis. Il aurait mieux fait de nous parler des Auvergnats, des Bretons, etc. J'ai de bonnes raisons pour ne pas croire à l'immunité de la race celtique. Je suis Celte et j'ai été contaminé par un Celte que je soignais.

M. Gorecki. Je ne crois pas à l'influence des poussières, et on observe des granuleux aussi bien dans les pays à poussières rondes que dans ceux où les poussières sont coupantes.

M. Galezowski. La question de race n'a pas l'importance de la question d'hygiène et d'habitation.

M. Truc. Je me rallie à l'opinion de M. Abadie, et je crois que la question de contagion prime tout.

M. Sulzer. En Suisse, le trachome est exceptionnel. Mais les Suisses qui quittent leur pays ne sont pas réfractaires à l'affection. Dans un relevé fait par M. Dufour et portant sur quatre années, on remarque que 15 granuleux seulement ont été traités. Tous, sans exception, avaient été contaminés hors de Suisse.

M. de Gouvéa. Je ne crois pas la race nègre aussi réfractaire que l'admet M. Chibret. Il y a eu, en 1819, des épidémies de trachome à bord de navires négriers. En outre, dans une épidémie de trachome qui sévit dans un orphelinat de Rivo et où il y avait des individus de races différentes, j'ai vu que l'épidémie n'épargnait personne.

M. Abadie. Il faut, je crois, porter son attention surtout sur la graine et non sur le terrain. En Égypte, les Bédouins échappent à la contagion lorsqu'ils vivent sous leurs tentes, mais, lorsque leurs conditions de vie changent, lorsqu'ils se fixent dans les villages, ils n'échappent pas à la contamination. Un autre fait montre aussi quel rôle important jouent les conditions hygiéniques. Depuis vingt-cinq ans, je n'ai pas vu deux granuleux à ma consultation, alors que j'en vois, tous les jours, à ma clinique.

M. Javal. Il me semble que le rôle joué par l'altitude ressort moins du rapport de M. Chibret que de ses communications antérieures. Je crois qu'il serait important d'étudier les poussières qui peuvent être, suivant la nature du sol, plus ou moins tranchantes ou plus ou moins rondes.

M. Chibret. Je n'ai pas dit que le nègre n'était pas réceptif. Il l'est, mais à un faible degré. Je répondrai à M. Pechdo que le mot Celte s'applique à un type anthropologique bien caractérisé; je lui dirai aussi qu'il n'est pas Celte, bien qu'habitant un pays celtique. L'altitude joue un rôle, mais l'influence de la race est prédominante.

Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie. Résultats éloignés. — MM. Truc et **Villard** (de Montpellier). La tarso-marginoplastie, méthode vieille déjà de vingt-ans, mais encore peu répandue, est une opération qui consiste à intercaler, dans le bord ciliaire dédoublé, un lambeau de peau pris à la paupière supérieure, et resté, en partie, adhérent à cette paupière. Si l'entropion est exclusivement latéral, soit externe, soit interne, l'incision intermarginale, et le lambeau cutané palpébral, siégeront en dehors ou en de-

…s; si l'entropion est total, l'incision intermarginale …upera tout le bord ciliaire, en arrière des cils, et le …ibeau cutané palpébral, destiné à combler cette inci…n, aura la forme d'une baudelette restée adhérente … ses deux extrémités, d'une anse de panier ou d'un …t. Les résultats immédiats, fournis par ces divers pro…és de tarso-marginoplastie sont excellents; mais, en …-il de même des résultats éloignés? Voilà ce qui n'avait …jais été fait; et voilà ce qu'ont fait MM. True et Vil…d. Ces auteurs ont revu 21 malades (ayant fourni … opérations de ce genre), de un an à huit ans après …tervention. Dans tous les cas, les résultats éloignés … été excellents, la guérison a été définitive, en un …t, même quand la conjonctivite granuleuse continuait …voluer. Les cils ont été définitivement rejetés loin de … cornée, la marge ciliaire a été bien reconstituée. …ant au résultat esthétique, il a toujours été très bon, … paupières présentant, le plus souvent, un aspect …rmal, après cette opération. Pour toutes ces raisons, …plicité du manuel opératoire, efficacité évidente de … méthode, absence de déformations palpébrales, …. True et Villard considèrent la tarso-marginoplastie …mme l'opération de choix dans le traitement de l'en…pion et du trichiasis granuleux de la paupière supé…ure.

Lipome plat, diffus et symétrique des pan…ères. — M. Antonelli. Les lipomes vrais de la pau…re sont déjà très rares, et, dans les cas rapportés …qu'aujourd'hui, la tumeur avait pris naissance entre … muscle orbiculaire et le tarse, et s'était plus ou moins …diculisée. Dans l'observation que j'ai l'honneur de … communiquer, le lipome était sous-cutané, ses …es étaient enveloppés par un feuillet aponévrotique, …nsemble avait la forme d'une grosse amande aplatie …us large que le tarse. La symétrie de l'affection nous …t penser aux dégénérescences analogues, signalées par …tain et d'autres, à propos de la lipomatose en général, … de ses localisations symétriques, le pseudo-lipome …us-claviculaire, par exemple. Il faut tenir compte de …tte forme singulière de lipome palpébral, car son dia…ostic clinique différenciel avec l'*éléphantiasis lævis, … glabra*, pourrait présenter quelques difficultés.

Cataractes traumatiques. — M. A. Puech (Bor…aux). On est d'accord, aujourd'hui, pour user de la mé…ode expectante envers toute cataracte traumatique. …intervention immédiate offre certainement de grands …ngers, si, du moins, on prétend opérer une cataracte …aumatique dans ce que l'on pourrait nommer sa pé…ode aigu, tout comme l'on opère une cataracte ordi…aire. Entre l'extrême réserve et l'audace opératoire, il … une place pour différents modes d'intervention. Si … laisse de côté l'infection, l'augmentation de pression, … faut, attribuer une grande part des complications sur…enant dans un œil ayant subi une cataracte traumati…ue, à une cause beaucoup trop laissée dans l'ombre, …non entièrement inconnue; cette cause est l'action irri…nte chimique que peuvent exercer sur les tissus de …œil les fibres cristalliniennes, dissoutes dans l'humeur …queuse.

Si l'aspiration donne de si beaux résultats, comme …ode opératoire de la cataracte traumatique, elle le doit … son effet de débarrasser l'œil de l'agent le plus irri…nt que le traumatisme ait pu créer, en dehors de l'in…ction et du choc lui-même. Le rôle des fibres cris…lliniennes serait démontré le jour où de nombreuses …bservations de cataractes traumatiques, sans ouverture … globe, relateront des accidents graves d'iridochoroï…ites guéris presque instantanément par l'issue seule de …es masses.

L'auteur rapporte quatre de ces observations :

L'aspiration demeure la méthode de choix pour les …pérations familières avec ce mode opératoire, mais, …ous les oculistes peuvent la remplacer par la simple …aracentèse, pratiquée, non en haut ou en bas, mais …u niveau de l'une des deux extrémités du diamètre ho…izontal, en regard du champ pupillaire. Ce lieu d'élec…ion de la paracentèse a pour avantage de permettre à …a chambre antérieure de se remplir à nouveau et très …rite, dès que l'on ne presse plus sur la lèvre postérieure …e la plaie. Les masses situées au-dessus de la ligne de …onction sont les premières à se diriger dans le sens de …'ouverture; en tous cas, elles descendent à son niveau. …elles situées au-dessous sont poussées par la curette ou …viennent, par l'effet même du courant établi, chaque fois …que l'on ouvre la plaie cornéenne, se placer vis-à-vis le …champ pupillaire, d'où il est facile de leur faire gagner …l'ouverture cornéenne.

En résumé, l'action irritante des fibres cristalliniennes, …contenues dans la chambre antérieure, paraissant bien …établie par des faits cliniques, il y a intérêt à évacuer ces …fibres, soit comme moyen préventif, soit comme moyen …curatif de certains phénomènes inflammatoires, suscep…tibles de compromettre la vitalité d'un œil atteint de …cataracte traumatique.

Gommes du corps ciliaire. — M. A. Terson (Paris). Les gommes du corps ciliaire ont été déjà observées par quelques auteurs et considérées comme des lésions tardives, survenant de longues années après le chancre. L'auteur a déjà rapporté (*Arch. gén. de Méd.*, 1894) une observation où la gomme ciliaire survint dans la première année de la syphilis.

La gomme du corps ciliaire est un accident des plus graves, qu'il ne faut pas confondre avec les condylomes iriens, si facilement guérissables. La gomme du corps ciliaire perforc rapidement la sclérotique et entraîne souvent l'atrophie de l'œil.

M. Terson rapporte deux nouvelles observations : dans l'une, l'œil a été conservé par un traitement intensif d'injections intramusculaires; dans la seconde, l'œil s'est atrophié. Les accidents de *tertiarisme précoce* (Fournier) sont survenus, dans les deux premières années de la syphilis, en coexistence avec des gommes et des périostites, chez des sujets jeunes, alcooliques et malingres. Il s'agit de syphilis évoluant d'une façon beaucoup plus grave, à cause de la nature du terrain.

Au point de vue thérapeutique, les injection intramusculaires mercurielles sont bien plus efficaces que les frictions, et ce sont elles qui ont donné, dans des lésions aussi graves, les résultats les meilleurs.

Tous les accidents syphilitiques tertiaires de l'œil et des annexes peuvent également survenir, et surviennent souvent dès les premières années de la syphilis, bien avant la période tardive qui leur est assignée dans les classiques.

Kératite à répétition par dacryo-adénite infectieuse. — M. Sauvineau. Les rapports de certaines affections graves de la cornée (ulcères, abcès) avec les affections du sac lacrymal, du canal nasal, en un mot, des voies lacrymales *inférieures* ou voie d'excrétion, sont bien connus. En revanche, personne n'a jamais attiré l'attention sur les rapports de ces mêmes kératites infectieuses avec les voies lacrymales *supérieures*, c'est-à-dire, avec la glande lacrymale.

L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de sept ans, bien portante, absolument indemne de toute affection générale, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, depuis l'âge de trois ans, était atteinte de poussées fréquentes de kératite de l'œil gauche, manifestement de nature infectieuse : ulcères et abcès de la cornée, parfois accompagnés d'hypopion. Cette enfant avait été soignée, sans succès, pendant quatre ans, par plusieurs oculistes connus. Chaque poussée aiguë guérissait tant bien que mal, parfois en nécessitant l'application du fer rouge; mais, après une courte période d'accalmie, les accidents cornéens ne tardaient pas à réapparaître.

Pensant trouver la cause de cette kératite infectieuse, toujours localisée à l'œil gauche, dans l'infection de la glande lacrymale accessoire de ce côté, laquelle était très grosse, mamelonnée, violacée, et dont la sécrétion, cultivée sur gélatine, révélait la présence du staphylocoque en culture pure, l'auteur pratiqua des injections de sublimé au 1/1000e, en plein parenchyme de cette glande. La kératite guérit très rapidement. Trois mois après, l'enfant, étant allée au bord de la mer, fut reprise d'une violente poussée de kératite suppurée. Quelques injections de sublimé dans la glande lacrymale, pratiquées derechef, eurent vite raison de cette récidive.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois ans, la guérison s'est maintenue. La glande est atrophiée, et présente un aspect cicatriciel.

L'auteur conclut que, dans des circonstances moins rares, sans doute, qu'on ne le pense généralement, la glande lacrymale accessoire peut s'infecter, comme s'infecte le sac lacrymal; et que, d'autre part, les ulcères et abcès de la cornée peuvent survenir consécutivement à la *dacryo-adénite* infectieuse, comme ils succèdent à la *dacryocystite* ou à la blennorhée du sac.

Il est donc indiqué, dans les cas où le point de départ de l'infection cornéenne nous échappe, de rechercher avec soin l'état de la glande lacrymale accessoire et de le constater de visu.

Quelques résultats de l'ophthalmométrie clinique. — M. Sulzer. Les mesures directes de la réfraction cornéenne de 1,200 yeux m'ont montré que la courbure de la cornée, exprimée en dioptrie (valeur de la distance focale principale antérieure) peut varier de 30 à 50 dioptries. La correction de l'aphakie opératoire de l'œil emmétrope montra, d'un autre côté, que la valeur réfractive du cristallin varie peu. De ces deux données découle la conclusion que l'axe antéro-postérieur varie pour l'emmétropie de 21 à 29 millimètres.

En calculant la valeur du cristallin, en se basant uniquement sur la réfraction mesurée avant et après l'extraction et en donnant à la cornée une valeur moyenne conventionnelle, on s'expose à des erreurs pouvant atteindre 10 D. dans un sens ou dans un autre.

Des mensurations directes de la courbure cornéenne montrent que la myopie peut être due uniquement à un accroissement de la courbure cornéenne. Dans d'autres cas, l'augmentation de la réfraction se fait simultanément par une augmentation de la courbure cornéenne, et par une élongation de l'axe. Ces cas sont rares. L'élongation pure et simple est la règle.

Du traitement du décollement rétinien. — M. H. Dor. Ce traitement consiste en applications de ventouses Heurteloup, de pointes de feu sur la sclérotique, quelquefois aussi, en injections sous-conjonctivales ou intra-ténoniennes de sel de cuisine concentré (20 à 30 pour 100); enfin, dans un décubitus dorsal absolu. Sur 15 cas traités depuis deux ans, la rétine fut recollée dix fois; neuf fois, d'une manière définitive; une fois il y eut récidive au bout de sept mois. Il y eut 5 insuccès, mais sur ces cas, 2 insuccès tenaient au manque de persévérance du malade. Dans les cas de guérison, le champ visuel est normal pour le blanc, mais dès qu'il fait sombre, il apparaît un scotum relatif, et en outre, la vision des couleurs est toujours diminuée, ou abolie dans l'étendue de l'ancien décollement.

M. de Wecker. L'année dernière, M. Terson nous a fait une communication sur le traitement du décollement par l'électrolyse. Depuis lors, j'ai essayé fréquemment ce procédé, mais je n'en ai pas obtenu de très bons résultats; par contre, je continue à faire des pointes de feu. Je suis heureux d'apprendre les bons résultats de M. Dor. J'avais essayé autrefois des injections d'eau salée à 3 pour 100; je n'ai jamais constaté de phénomènes douloureux, mais je les ai abandonnées, car elles étaient inefficaces.

M. Vacher. J'ai l'habitude de retirer le liquide sous-rétinien par ponction avec la seringue de Pravaz, et je fais suivre ces ponctions d'applications de pointes de feu. Dans un cas, j'ai obtenu une guérison qui dure depuis un an; dans un autre cas, il s'est produit une récidive, après trois mois.

M. Terson. L'emploi de l'électrolyse n'empêche pas l'application d'autres moyens. Il n'est pas nécessaire d'utiliser une aiguille creuse, et je préfère me servir d'aiguille fine et ne pas dépasser un courant de 3 milliampères. Je crois que l'électrolyse est supérieure à la ponction simple. Je la fais suivre d'un décubitus dorsal aussi long que possible.

L'ancienne opérée, dont j'ai publié l'observation, est actuellement encore guérie. J'ai eu cette année un certain nombre d'insuccès, mais je vous signalerai un jeune malade qui m'a été amené dans un état de cécité complète, et qui était atteint de 23 D de myopie. La vision a été rétablie et le malade peut lire le n° 1 de l'échelle de Wecker.

M. Chibret a injecté du vitré de lapin avec une seringue qui permet d'aspirer le vitré lapinier directement et de l'injecter, sans manipulation, sans contact de l'air, tout chaud. Il a expérimenté d'abord sur le lapin, en aspirant 1 gramme de vitré dans un œil et en l'injectant dans le vitré de l'autre œil, après y avoir fait de la place par une ponction de la chambre antérieure. Il n'y eut pendant deux mois, aucune différence entre les deux vitrés; une tache d'apparence analogue dans les deux yeux indiquait seule l'addition et la soustraction du vitré.

J'abordai l'œil humain dans un très mauvais cas, avec hypotomie, et j'y injectai 1/2 gramme de vitré aspiré dans l'œil du lapin, où j'en avais déjà puisé une première fois.

Je n'eus presque aucune réaction, un peu de tension passagère, et regrettai de n'avoir pas injecté une plus grande quantité. Je pensais à une nouvelle injection, quand une lettre de Deutschman me dit qu'il ne conseillait plus l'opération en cas d'hypotomie.

M. Martin. A côté des résultats obtenus par un traitement chirurgical, il est utile de rapporter les faits où la guérison est obtenue avec un traitement purement médical. J'en ai observé un cas où, avec le repos et les ventouses Heurteloup, j'ai eu un résultat parfait.

M. Parinaud. Dans les différents moyens employés simultanément, il est difficile de débrouiller ce qui agit. Je crois que ce qui est utile, c'est la ponction et le repos, et j'ai communiqué récemment à la Société d'ophtalmologie de Paris des observations probantes à cet égard.

M. Dor. Je crois que la combinaison des pointes de feu et d'injections d'eau salée donne des résultats supérieurs aux autres procédés.

M. Rottemand, j'ai fait des injections d'eau salée bien avant de Wecker, mais je ferai remarquer que la solution que j'utilise est à 20 ou 30 pour 100.

Dr Morax.

BIBLIOGRAPHIE

E. Javal. — *Manuel théorique et pratique du strabisme*, 1 vol. in-18, avec 44 figures dans le texte, une planche en couleurs et un étui contenant 48 cartons stéréoscopiques. Prix : 5 fr. (Masson et Cie, éditeurs).

Plateau. — *Préparation au sevrage.* Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement, 1 vol. in-18, de 108 pages, cartonné. (Asselin et Houzeau, éditeurs).

J. Grasset. — *Leçons de clinique médicale* faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier. *Deuxième série*, 1 vol. in-8 de 788 pages, avec 1 figure et 16 planches lithographiées. Prix : 12 fr. (Camille Coulet et Georges Masson, éditeurs).

A. Proust, membre de l'Académie de médecine. — *L'Orientation nouvelle de la politique sanitaire.* 1 vol. in-8°, avec figures et 1 carte en couleurs. Prix : 10 fr. (Masson et Cie, éditeurs).

A. Léon. — *Souvenirs d'un médecin de la marine.* 2me partie : Campagne du Duchayla, 1 vol. in-18, de 266 pages (L. Battaille et Cie, éditeurs).

F. Chiais. — *Les Eaux d'Evian* dans l'arthritisme, la neurasthénie, la goutte. Broch. in-8°, de 44 pages (*Société d'éditions scientifiques*).

Diran Chazarossian. — *Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement.* Broch. in-8°, de 104 pages (Henri Jouve, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethieux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment. 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré : LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE. POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

ANESTILE BENGUÉ à JET VARIABLE
(Mélange de Chlorure d'Ethyle et de Méthyle)
ANESTHÉSIE locale, NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ
34, Rue La Bruyère
PARIS

Constipation Habituelle
DRAGÉES DEMAZIÈRE
à la CASCARA SAGRADA
Dépôt Général : G. DEGLOS, 38, Boulevard Montparnasse, Paris.
ÉCHANTILLONS FRANCO AUX MÉDECINS

Farine lactée Nestlé
Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*
En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*
A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, ET DANS TOUTES LES PHARMACIES
MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom **NESTLÉ** *sur leurs ordonnances.*

GLYCÉROPHOSPHATES
Phosphate vital de JACQUEMAIRE
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER (1° SOLUT. GAZEUSE. 2° GRANULE. 3° SOL. INJECTABLE 4° SIROP.) Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

38, Rue Boileau, 38 PARIS

Une cuiller à Café après chaque Repas. **PEPSI-MALTOSE DURAND** ANOREXIE TYPHLITE Dyspepsies, Gastralgies

Une cuiller à Café après chaque Repas. **MALTOSE DURAND** ENTÉRITE TUBERCULOSE

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
SIROP CROSNIER
MINÉRAL-SULFUREUX
au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON
ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.
..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.
Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).
PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, *et toutes Pharmacies.*

Comp^ie Française des **TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES** Brevetée S. G. D. G.
Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastoriennes.
HYGIÈNE PUBLIQUE Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement. ‡ **HYGIÈNE PRIVÉE** Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.
Hopitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.
PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES
Vente en Gros : MM. J. HAYEM et Cie, *Paris;* A. GRANDJEAN et Cie, *Reims;* BLIN et BLIN, *Elbeuf,* seuls Concessionnaires.

LE TANNATE DE CRÉOSOTE SOLUBLE
Contenant 60 0/0 de Créosote de hêtre et 40 0/0 de Tannin forme la base du
CRÉOSAL DUBOIS
SOLUTION (flacon et 1/2 flacon) — POUDRE GRANULÉE — CACHETS
Ce médicament a donné de merveilleux résultats dans les **TUBERCULOSES** les **Bronchites** aiguës ou chroniques, et réalise d'une façon parfaite l'antisepsie des voies respiratoires et gastro-intestinales.
PAS IRRITANT, PAS CAUSTIQUE et TRÈS BIEN TOLÉRÉ
H. DUBOIS, Quai Jemmapes, 56, PARIS, et toutes bonnes Pharmacies

DRAGÉES DE DUROZIEZ AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette